

Declaración de las Necesidades Médicas (Madre o Padre Incapacitado)

PARTE I – Un representante de la agencia debe completar esta parte del formulario.		
Instrucciones Para que el niño de este padre sea elegible para recibir servicios del desarrollo del niño, es necesario que tengamos verificación de que las necesidades especiales médicas o siquiátricas del padre no pueden satisfacerse sin que se proporcionen servicios de desarrollo del niño.		
NOMBRE DE PADRE O APODERADO		FIRMA DE PADRE (S) O APODERADO (S)
Padre o apoderado nos ha autorizado para que solicitemos la siguiente información. Apreciamos su cooperación al responder las preguntas que se presentan a continuación y devolver el formulario, dentro de dos semanas, a la agencia que se nombra abajo para que se pueda hacer una decisión.		
AGENCIA	REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO ()
DIRECCIÓN	CIUDAD	CÓDIGO

PARTE II – Un médico debe completar esta parte del formulario.								
Descripción de la necesidad especial médica o siquiátrica						Fechas aproximadas de la incapacidad		
						Desde	Hasta	
¿Impide la incapacidad que el padre cuide al niño sin recibir ayuda por lo menos parte el día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Por cuántas hora se requiere cuidado del niño cada día?						¿Se requiere hospitalización? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado		Domingo

COMENTARIOS (Escriba con letra imprenta o escriba a máquina.)

FIRMA LICENCIA PROFESIONAL		FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO	
TIPO LICENCIA / CREDENCIAL			NUMERO DE LICENCIA / CREDENCIAL	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CODIGO	